



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	426
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7997
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	86
Andre medlemmer i gruppen:	500

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Immigranternes helsekompetanse»

«Immigrants health literacy»

Kandidatnummer: 426 og 500

Bachelor i sykepleie, Campus Haugesund

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall ord: 7997

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Migrasjon har økt drastisk de siste årene, og bidrar til en mer etnisk og kulturelt sammensatt befolkning. Helse- og omsorgstjenestene møter en pasientgruppe som har lite kjennskap til landets helsesystemer og er mer sårbare for negative helsedeterminanter. Å «få tak i» helseinformasjon og «forstå» helsetjenestene kan være utfordrende, noe som kan prege immigranternes helsekompetanse. For at sykepleieren skal gi en likeverdig pleie til immigranter krever det kunnskaper om helsekompetanse, helsekommunikasjon, migrasjonshelse, kulturell kompetanse og diskriminering. Vi er snart ferdig utdannet sykepleiere, og i vår arbeidshverdag vil vi møte på denne pasientgruppen. På bakgrunnen av dette ønsker vi å øke vår kompetanse, slik at vi er bedre rustet til å utøve god sykepleie til immigranter.

Problemstilling: Hvordan kan en sykepleier heve helsekompetansen til immigranter?

Hensikt: Oppgaven omhandler hvordan ulike kunnskaper kan hjelpe en sykepleier å heve helsekompetansen til immigranter. Vi undersøker hvilke helsedeterminanter som påvirker immigranternes helsekompetanse etter migrasjon.

Metode: Denne oppgavens er en litteraturstudie, og det er benyttet fire forskningsartikler. Disse er drøftet ut ifra vår egen forståelse og relevant litteratur. Forskningen vi har inkludert er funnet i databasene Cinahl og Pubmed.

Resultat: Forskningene viser at immigranter ofte har utilstrekkelig grad av helsekompetanse. Hovedfunnene viser at manglende kunnskap om hvordan «få tak i» og «forstå», informasjon om landets helsesystemer og helseinformasjon påvirker immigrantens helsekompetanse. Språkbarriere utfordret kommunikasjonen og mangel på sosial støtte hadde innflytelse på immigranternes helse.

Konklusjon: Det konkluderes med at det er nødvendig å tilpasse helsetjenestene slik at hele befolkningen blir inkludert uavhengig av helsekompetansenivå. Sykepleieren bør ha mer kunnskap og bredere kompetanse for å kunne ivareta immigranternes helse.

Nøkkelord: Helsekompetanse, migrasjonshelse, helsekommunikasjon, kulturell kompetanse, diskriminering

Abstract

Background: Migration has increased drastically the last couple of years and contributes to a more ethnical and culturally connected population. Because of this, the healthcare service now meets a group of patients with little knowledge of the country's health systems and are more vulnerable to negative health determinants. Obtaining information and understanding the health services and can be challenging, which affects the health literacy of immigrants.

For the nurse to give equivalent care to immigrants, knowledge about health literacy, health communication, migrant health, cultural competence, and discrimination is necessary. We're soon to be trained nurses and will meet this patient group in our workday. With this as our background, we would like to increase our competence, so that we are better suited to perform good nursing to immigrants.

Issue: How can a nurse increase their health literacy towards immigrants?

Purpose: Our assignment concerns how various skills can help a nurse increase their health literacy towards immigrants. We will examine which health determinants that affects immigrants' health literacy after migrating.

Method: This assignment is a literature study, and we have used four research articles. These have been discussed based on our own understanding of the subject and using relevant literature. The research we have included are found in the CINAHL and Pubmed databases.

Result: The research shows that immigrants often have an insufficient grade of health literacy. Our main findings show that missing knowledge about obtaining and understanding information about the country's health system and health information affects the health literacy of immigrants. The language barrier made communication challenging and lack of social support influenced immigrants' health.

Conclusion: Our assignment concludes that it is important to adapt health services in a way that makes the whole population included, regardless of level of health literacy. The nurse should have more knowledge and broader competence to be able to better take care of immigrants' health.

Keywords: Health literacy, migrant health, health communication, cultural competence, discrimination.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	3
1 Bakgrunn.....	1
1.1 Introduksjon.....	1
1.1.1 Helsekompetanse.....	2
1.1.2 Helsekommunikasjon.....	4
1.1.3 Migrasjonshelse.....	5
1.1.4 Kulturell kompetanse.....	5
1.1.5 Diskriminering.....	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Avgrensing og presisering.....	7
2 Teori.....	7
3 Metode.....	9
3.1 metode og litteraturstudie.....	9
3.2 Søkeprosess.....	10
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.4 Søketablell.....	11
3.5 Kritiske vurderinger.....	13
3.6 Forskningsetikk.....	14
4 Presentasjon av artiklene.....	14
4.1 Artikkel 1.....	14
4.2 Artikkel 2.....	15
4.3 Artikkel 3.....	16
4.4 Artikkel 4.....	17
4.5 Oppsummering av funn.....	18
5 Drøfting.....	19
Helsetjenesten.....	19
Helsekommunikasjon.....	22
Sosial støtte.....	24
6 Konklusjon og implikasjoner.....	25
Referanseliste.....	27
Vedlegg.....	35
Vedlegg 1.....	35

Tabeller

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2: Søketabletter

Figur

Figur 1: Integrated model of health literacy-see separate file

1 Bakgrunn

1.1 Introduksjon

Ved utgangen av 2020 var det rekordmange flyktninger som befant seg på flukt (FN, 2021). Det er også en økende tendens av migrasjon i verden. På grunn av kriger og konflikter, som den pågående krigen i Ukraina, er det 281 millioner internasjonale migranter, av dem 82 millioner flyktninger (FN 2021; Flyktningshjelpen, 2021). Fellesnevneren for en migrant er at de ikke bor i fødelandet sitt. En omtaler en migrant som immigrant i landet de bosetter seg i (UN, 2016). Å forstå et annet helsesystem kan være utfordrende. Immigranter kan dermed møte på mange barrierer når en skal få helsehjelp i vertslandet (Scheppers et al., 2006, s. 325). Et av FNs bærekraftsmål er å sikre god helse og fremme livskvalitet til alle, uansett alder (FN, 2022).

En økende andel av Norges befolkning har minoritetsbakgrunn (SSB, 2022). Immigrantene i Norge har generelt sett bedre helse, enn majoritetsbefolkningen. Det kan komme av at det ofte er de sunneste og ressurssterke som migrerer (Kumar & Magnus, 2017, s. 150-152). Helsen blir dårligere jo lenger immigranten oppholder seg i vertslandet (Aambø, 2021, s. 103). Dette kan komme av at det ikke er uvanlig at immigranter får dårligere helsetilbud og behandling, enn majoritetsbefolkningen (Alpers, 2018, s. 26). Norge har påtatt seg rettslige bindene avtaler utformet av FN, for å sikre blant annet immigranternes menneskerettigheter, og dermed ivareta deres helse (Utenriksdepartementet, 2021).

Immigranter må tilegne seg kunnskap om det norske helsevesenet, når de immigrer til Norge. Dette krever ulike kompetanser som å «få tilgang», «forstå», «vurdere» og «anvende» helseinformasjon. Dette kaller helsekompetanse. Helsekompetanse spiller en sentral rolle i individets helsestatus (Sørensen et al., 2012, s. 9). Å forstå spesifikke utfordringer immigranter opplever, kan være det første steget mot å forbedre tilgangen, og forståelsen av informasjon og helsetjenestetilbud i Norge. Lav eller utilstrekkelig helsekompetanse blant immigranter viste seg å være hyppig (Medina et al., 2022, s. 7).

Sykepleiere utgjør en betydelig andel av helsepersonellet, som setter sykepleierne i en sentral posisjon til å heve helsekompetansen til immigranter (Tuv & Hjemås, 2020). En sykepleier har mange funksjoner, som å pleie, fremme helsen, forebygge sykdom og komplikasjoner,

støtte, behandle undervise, lede og administrere. Dette er kompliserte oppgaver som utføres gjerne samtidig (Alvsvåg, 2018, s. 51). God sykepleie krever fagkunnskaper, ferdigheter, erfaring og etiske vurderinger (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 94).

Under sykepleiestudiet har vi vært i praksis flere ulike steder. Vi har opplevd at noen pasienter har vanskeligheter for å søke, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Dette krever mer av oss som sykepleiere for å holde det nasjonale målet, der pasienten skal få mulighet til å være aktiv deltaker i egen helse og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 21) På praksissteder har vi også møtt mange pasienter med ulike etniske bakgrunner, der helsekompetansenivået gjerne er lavt. Det kan tyde på at dagens strategi for å øke immigranternes helsekompetanse ikke er tilstrekkelig nok. Vi har erfart situasjoner der vi som sykepleiere må ha en kulturell kompetanse for å kunne gi likeverdig helsehjelp til denne pasientgruppen (Alpers, 2018, s. 26). Sykepleierstudenter lærer derimot for lite om migrasjonshelse for å kunne tilby likeverdig helsetilbud til minoritetspasienter (Magelssen, 2012, s. 66). Vi ønsker med oppgaven å belyse viktigheten rundt dette temaet, og gi sykepleiere mer kunnskap for å kunne gi en likeverdig pleie til immigranter.

Videre i oppgaven vil det bli forklart begreper som er knyttet til problemstillingen. Vi skal ta for oss helsekompetanse, helsekommunikasjon, kulturell kompetanse, migrasjonshelse og diskriminering. Sykepleieren må ha kunnskap om migrasjonshelse og hvordan migrasjon påvirker helse og tilgang til helsetjenester. Kunnskap om kulturell kompetanse kan ha en forebyggende effekt av diskriminering. Dette må ligge til grunn for å ha en god helsekommunikasjon (Hansenfeld, 2010). Sykepleieren bør ha kunnskap om dette for å kunne heve immigranternes helsekompetanse.

1.1.1 Helsekompetanse

Helsekompetanse ble først introdusert som health literacy på 70-tallet i USA (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5; Nutbeam, 2000, s. 260). På 90-tallet begynte amerikanske forskere å studere sammenhengen mellom personens leseferdigheter (literacy), samt kompleksiteten av skrevet helsemateriale, og en persons helseutfall (White, 2008). Don Nutbeam er en av pionerne bak begrepet og har utviklet WHO's definisjon av helsekompetanse (Aambø, 2021, s. 196). Helsekompetanse defineres som «en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte

beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Moreira, 2018).

Helsekompetanse hatt økende betydning for folkehelse og helsevesen (White, 2008). Dagens helsevesen er bygd opp slik at vi som enkeltpersoner er delaktige og har medbestemmelse, i tillegg til et ansvar for egen helse (Meld. St. Nr. 16 (2010-2011); (Meld. St. Nr. 26 (2014-2015); (Meld. St. Nr. 34 (2012-2013); (Meld. St. Nr. 47 (2008-2009)). Helsekompetanse omhandler de personlige og sosiale ferdighetene som bestemmer personers evne til å gjøre nytte av helseinformasjon. Informasjonen brukes til å fremme og bevare god helse (Aambø, 2021, s. 196). Svake ferdigheter knyttet til helsekompetanse kan påvirke helsen negativt i et livslangt perspektiv (Le et al., 2021, s. 33)

Helse og omsorgstjenester utvikler seg sammen med samfunnet og blir mer og mer digital. Folkets digitale helsekompetanse blir dermed viktig. Dette handler om å kunne anvende helseinformasjon ved å søke opp, finne, forstå og vurdere fra elektroniske kilder og ta i bruk elektroniske verktøy i oppfølgingen av egen sykdom (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 6).

Immigranter, eldre, lavt utdannede og de som står utenfor arbeidslivet, har gjerne lav helsekompetanse. Immigranter skiller seg likevel ut ettersom de befinner seg i en spesiell situasjon, der faktorer før, under og etter migrasjon påvirker helsen. Helsekompetansen er betydelig lavere blant immigranter, sammenlignet med de som er født i Norge (Aambø, 2021, s. 199).

En sykepleier skal fremme pasienters helse, og ved å styrke individers ressurser kan sykepleieren ivareta eller bedre pasientens helse. For å utvikle de personlige ferdighetene en trenger for å utvikle helsekompetanse, står sykepleierens undervisende og veiledende funksjon sentralt (Finbråten, 2018, s. 87) Sykepleiere sitter inne med kunnskaper om ulike sykdommer, samt deres symptomer og risikofaktorer. Dette gjør de egnet til å identifisere forskjellige faktorer som kan påvirke helsen positivt eller negativt. Samtidig har sykepleieren kommunikasjon- og pedagogiske ferdigheter. Samsillet av disse ferdighetene gjør at sykepleiere kan heve helsekompetansen til immigranter (Kemppainen et al., 2013, s. 497).

1.1.2 Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon handler om utveksling av informasjon om helse, for å informere, påvirke og støtte folk til å ivare ta helsen (Heyn, 2018, s. 14). Med god helsekommunikasjon har man mulighet til å øke folks kunnskap og motivasjon rundt helse, og i større grad fremme, ivareta, og mestre egen helse (Finbråten, 2018, s. 102). Målet med helsekommunikasjon er å øke helsekompetanse (Nutbeam, 2000, s. 267). Det er derfor sentralt at sykepleiere har en grunnleggende forståelse av kommunikasjonsbegrepet (Jensen & Ullberg, 2019, s. 25).

Som helsepersonell kommuniserer vi med pasienter i mange ulike sammenhenger. (Jensen & Ullberg, 2019, s. 25). Når vi uttrykker oss med ord, kalles dette verbal kommunikasjon (Holt, 2019, s. 56). Non-verbal kommunikasjon vises gjennom kroppsspråk, følelser og holdninger (Eide & Eide, 2019, s. 139). Måten helsepersonell kommuniserer med pasientene er av stor betydning for om helsekompetansen fremmes eller hemmes. God informasjon og støtte kan føre til en større grad av egenomsorg som er assosiert med bedre helse og livskvalitet (Finbråten, 2018, s. 103-104).

God og tilpasset kommunikasjon til hver enkelt pasient er sentralt i arbeidet for økt helsekompetanse (Le et al., 2021, s. 17). Når helsepersonell skal kommunisere med personer med andre kulturer, vil det være sentralt å være bevisst på egne holdninger, og tilpasse pasientens behov og ønsker på best mulig vis. Det skal med fordel foregå uten å negligjere eller dømme forskjellene mellom kulturene (Aambø, 2021, s. 225). Mislykket kommunikasjon kan gi pasientene alvorlige konsekvenser, dersom de ikke forstår informasjonen de får fra helsepersonell (Le et al., 2021, s. 62). Helsepersonell må være bevisst på pasientens helsekompetanse og tilpasse kommunikasjonen ut ifra pasientens evne til å ta imot informasjonen (Le et al., 2021, s. 17). Dersom helsepersonell og pasient ikke kommuniserer på et felles språk, kan en benytte seg av tolk (Magelssen, 2008, s. 152). Når partene snakker forskjellige språk vil det kreve mer tid, innsats, utholdenhet og god evne til å kommunisere av helsepersonellet (Aambø, 2021, s. 223-224). Det vil være grunnleggende å ha kunnskap om migrasjonshelse når en kommuniserer med immigranter om helse.

1.1.3 Migrasjonshelse

Migrasjonshelse handler om helse til de som flytter fra et land til et annet. En kan definere migrasjonshelse som en helhet av kunnskap om hvordan migrasjonsprosesser og migrantbakgrunn kan påvirke helsetilstanden. Som fagfelt omhandler migrasjonshelse blant annet utdanning, forskning og hvordan vi fokuserer på kontakten mellom migrasjon og helse i praksis (Folkehelseinstituttet, 2017). Et mål for helse- og omsorgstjenesten er at det skal være likeverd og uavhengig av religion, kultur og etnisitet. Immigranter har ofte ulike behov og forutsetninger. De må iblant behandles ulikt og tjenestene må tilpasses den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn, og kommunikasjonsferdigheter (Alpers, 2018, s. 26). Tilgang til og kvaliteten på helsetjenesten vil også ha betydning for helsetilstanden og forekomst av nye sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2017). Det norske helsesystemet vil gjerne avvike fra det immigrantene er vant til (Aambø, 2021, s. 200). Det krever at sykepleieren må informere om oppbyggingen av helsetjenestetilbudene, samt sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak (Goth, 2014, s. 110).

Hver situasjon er individuell, og årsaken til emigrasjon kan være flere. Mange kan ha en bakgrunn med store belastninger. Ved emigrasjon oppstår en ny type stress, alt det kjente som bekrefter ens identitet blir forlatt. Flyktninger kan i tillegg ha hatt en stressfull flukt. Når en immigrerer vil det oppstå usikkerhet rundt det grunnleggende i livet, slik som oppholdstillatelse, bosted og arbeid. Det stilles krav og mye skal læres, samtidig vet man ikke om man blir akseptert og inkludert. Ulike former for tap og stress gjør migrasjon til en helserisiko (Magelssen, 2008, s. 178). Målet er at en sykepleiere skal gi pleie av samme kvalitet uavhengig av hvilken situasjon pasienten befinner seg i. Ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsårsaker gir sykepleieren en utfordring (Goth, 2014, s. 110).

1.1.4 Kulturell kompetanse

Kulturell kompetanse handler om å ha kunnskap om den enkeltes persons historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunn. En kan definere kulturell kompetanse som kunnskap om ulike kulturelle- og etniske grupper (Alpers, 2018, s.32). Kulturell kompetanse omhandler kunnskap om ulike minoritetsgruppes helse, for eksempel ser en diagnoser hyppigere i bestemte grupper. Kultur endrer seg i takt med samfunnet, og det er dermed vanskelig å kjenne til alle oppfatninger og praksiser (Campinha-Bacote, 2002, s. 182-183).

Sykepleieren kommer ofte i posisjon til å ha den mest pasientnære rollen innen helsevesenet. Det er derfor sentralt at sykepleieren har større grad av kulturell kompetanse (Alpers, 2018, s. 26). Som helsepersonell er det viktig å også kjenne til de forskjellige oppfatningene om helse og sykdom innen kulturer og hvordan det påvirker adferd (Campinha-Bacote, 2002, s. 182). Med denne kunnskapen opparbeider vi en toleranse for annerledeshet og ser at det finnes flere sannheter. Vi får en bredere forståelse av ulike kulturelle tanker og levesett (Ingstad, 2013, s. 118). For at en sykepleier skal kunne utvikle kulturell kompetanse vil det være essensielt at en er bevisst på egne holdninger og verdier. Ved å være bevisst på egne stereotypier, fordommer og antagelser om andre mennesker, vil en ha et mer åpent sinn og hindre at kulturen blir en barriere i pleie og behandling (Campinha-Bacote, 2002, s. 182-183).

For å forstå andre kulturer, vil det være sentralt å kunne noe om etnosentrisme. Når vi bruker vår egen kultur som målestokk overfor andre kulturer kaller vi det etnosentrisme (Schieffloe, 2019, s. 172). En vurderer andre kulturer med utgangspunkt i vår egen, og oppfatter da andre verdier og måter å leve på, som feilaktig, tilbakestående eller negativt avvikende (Ingstad, 2013, s. 115). Etnosentrisme er ofte gjensidig. En har ofte etniske stereotypiske holdninger til mennesker fra andre folkeslag (Schieffloe, 2019, s. 172). Holdninger om blant annet diskriminering er grunnleggende for at sykepleiere skal forbedre sin kulturelle kompetanse (Alpers, 2018, s. 32).

1.1.5 Diskriminering

Diskriminering kan bli beskrevet som at en person eller gruppe behandles urettferdig eller dårligere enn andre, der forskjellsbehandlingen er verken saklig, nødvendig eller forholdsmessig (Aambø, 2021, s. 131). Etter lovens forstand blir forskjellsbehandling betegnet som diskriminering når en behandler noen annerledes på grunn av; kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017, § 6).

Immigranter opplever å bli diskriminert ut ifra etnisitet, språk eller hudfarge.

Diskrimineringen kan foregå på mange ulike måter, alt fra blikk, og grov psykisk eller fysisk vold. Når et menneske opplever diskriminering kan selv den mest subtile form gi alvorlige konsekvenser for helsen (Aambø, 2021, s. 131). Diskriminering kan være en følge av at noen mennesker ønsker å forskjellsbehandle, i andre tilfeller kan det skyldes uvitenhet eller

fordommer (Amnesty International, 2018). Som sykepleier vil det være sentralt å ha kunnskap om diskriminering og konsekvenser det har for helsen, og på denne måten bidra til å redusere omfanget av diskriminering (Aambø, 2021, s. 150).

1.2 Problemstilling

Hos immigranter kan helsekompetansen være lav. Med utgangspunkt i begrepene vi har valgt, vil disse hjelpe sykepleieren til å heve helsekompetansen til immigranter. Vi ønsker med dette å ha problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren heve helsekompetansen til immigranter?*

1.3 Avgrensing og presisering

Vi har avgrenset oppgaven til å gjelde immigranternes helsekompetanse, og tar for seg immigranter med bakgrunn av både frivillig, og ufrivillig migrasjon. Immigrantene er avgrenset til voksne (>16). På bakgrunn av at helsekompetanse er et svært omfattende begrep har vi avgrenset aktuelle faktorer i oppgaven ved å drøfte med utgangspunkt i valgte begreper: helsekommunikasjon, migrasjonshelse, kulturell kompetanse og diskriminering. I drøftingen er Sørensen et al. (2012) modell er avgrenset til å omhandle, det å "få tak i" og "forstå" helseinformasjon.

2 Teori

Helsekompetanse har utviklet i takt med verdensutviklingen, der vi stadig ønsker forbedring. Verden er blitt mer kompleks, og krever nå mer av hvert enkelt individ. På bakgrunn av et mer avansert helsesystem og flom av helseinformasjon, må individers evne og ferdigheter øke for å ha en tilstrekkelig helsekompetanse. Helsekompetanse begrepet må derfor inkludere endringene (Berkman et al., 2010, s. 18). Helsekompetanse har blitt forsket mye på over hele verden, der forskningen prøver å holde seg oppdatert med samfunnet. Det har ført til at det er mange ulike definisjoner og forklaringer på hva helsekompetanse innebærer (Finbråten, 2018, s. 88). Sørensen et al. (2012, s. 1) har gjort en systematisk litteraturgjennomgang, der de tar for seg 17 definisjoner av helsekompetanse og 12 konseptuelle modeller. På bakgrunn av deres «all-inclusive»-modell har vi valgt å anvende denne.

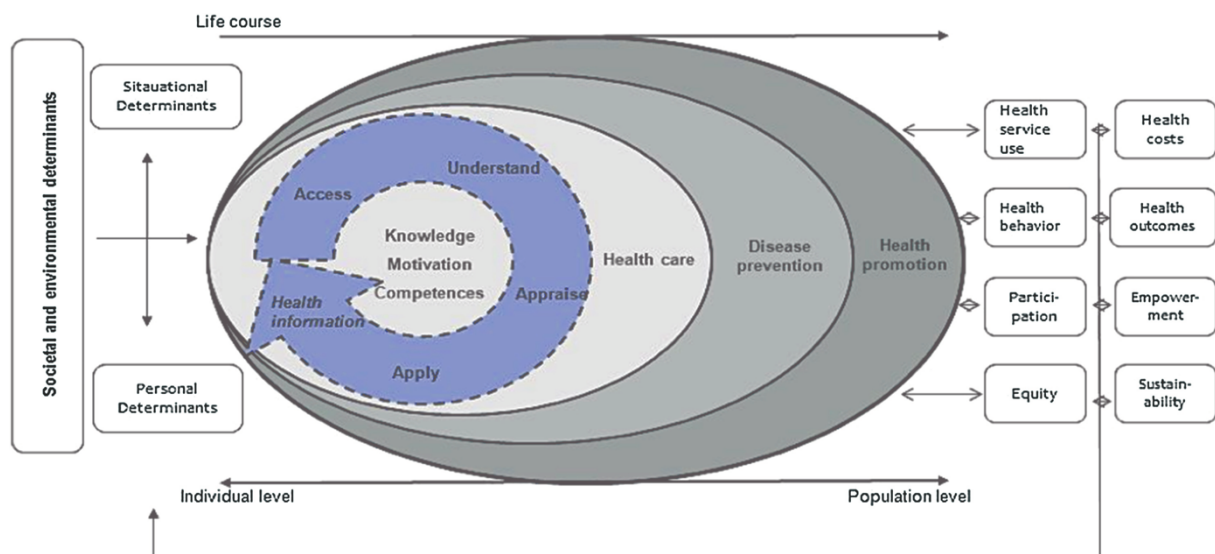
Modellen tar for seg fire ulike kompetanser; 1) *Tilgang* til å lete etter, finne, få tak i helseinformasjon, 2) *forstå* helseinformasjon, 3) *vurdere* helseinformasjonen ved å tolke,

filtrere, bedømme og evaluere, og 4) *anvende* helseinformasjon ved å kommunisere og bruke informasjonen til å ta beslutninger for å opprettholde eller forbedre helsen. Et individ må dermed ha visse ferdigheter til å oppnå kompetanse om helseinformasjon (Sørensen et al., 2012, s. 9). Sørensen et al. (2012, s. 9) modell tar videre utgangspunkt i tre domener der en enten er 1) syk eller bruker av helsevesenet, 2) person med økt eller uten risiko for sykdomsutvikling, eller 3) frisk person som skal forholde seg til helsefremmende informasjon og tiltak.

Gjennom et langt liv kan en på ulike tidspunkt befinne seg i alle de tre domene. De fire ulike kompetansene ruster folk til å ta kontroll over egen helse, uavhengig av hvilket domene en befinner seg i. Generelle leseferdigheter og digitaleferdigheter, samt kognitive- og psykologiske ferdigheter er grunnleggende for å ha en evne til å handle etter de fire kompetansene. Enkelte individer må overkomme strukturelle, personlige, sosiale og økonomiske barrierer for å oppnå god helse og fungere i dagens helsevesen (Sørensen et al., 2012, s. 9-10). Eksempelvis kan det være en hindring for noen å måtte betale for en time hos fastlegen.

Sørensen et al. (2012, s. 10) modell tar for seg helsekompetanse på både samfunns- og individ nivå, og vil dermed påvirker hele livets aspekter – hjemme, jobb, samfunn og kultur. Modellen inkluderer helse-, sosiale-, miljømessige- og kulturelle faktorer, som vil si at den omhandler flere sine helsekompetanseferdigheter (Sørensen et al., 2012, s. 11).

Figur 1. *Integrated model of health literacy-see separate file.*



Note. Fra «Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models», av K. Sørensen et al, 2012, *BMC Public Health*, 12(80), s. 9 (<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>). CC BY 2.0

Figur 1 viser hvordan bakgrunn og konsekvenser påvirker folkets helsekompetanse. Sammen med kjernefaktorer (kompetanser og domener) som påvirker helsekompetanse, har sosial- og miljø determinanter også en innvirkning. Eksempler på dette er demografi, kultur, politikk og samfunnssystemer. Personlige- og situasjonsbestemte determinanter vil også ha en innvirkning. Alder, kjønn, rase, sosioøkonomisk status, utdanning, arbeidsstatus og inntekt er eksempler på personlige determinanter. Eksempler på situasjonsbestemte determinanter er sosial støtte, familie, kollegaer, media bruk og miljø. Modellen i figur 1 vil øke forståelsen av helsekompetanse som en helhet (Sørensen et al., 2012, s. 11).

3 Metode

Vi presenterer litteraturstudie som metode. Videre forklarer vi søkeprosessen, inklusjons- og eksklusjonskriterier, funn i tabell, kritiske vurderinger og etikk i oppgaveskrivingen.

3.1 metode og litteraturstudie

Metode kan anses som et verktøy for å innhente informasjon for å kunne utføre en undersøkelse. Valg av metode er gjort på bakgrunn av hvordan en kan belyse problemstillingen på best mulig vis (Dalland, 2017, s. 51-52). Hensikten er å svare på problemstillingen, samtidig gi relevant kunnskap om temaet (Thidemann, 2019, s. 78).

Vår oppgave tar i bruk litteraturstudie som metode. En litteraturstudie baserer seg på skriftlige kilder, der kunnskapen er systematisert. I et systematisert arbeid skal man samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den, og samle det til en sammenhengende tekst (Thidemann, 2019, s. 77). I litteraturstudien vil en vurdere artikkelens relevans, grundig lesing av de inkluderte artiklene, vurdere dem kritisk, analysere og tolke funnene og presentere resultatet i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 78).

I oppgaven blir det anvendt 4 forskningsartikler. Vi har benyttet oss av en kvalitativ og tre kvantitative forskninger. Den kvalitative forskningen går i dybden og gir oss et innblikk i

immigranternes meninger og opplevelser. De kvantitative forskningene går i bredden og gir mange målbare resultater, slik at vi får et helhetsblikk over situasjonen (Thidemann, 2019, s. 79- 80). Da får vi en samlet oversikt over et team som har tung faglighet og troverdighet på både individ- og samfunnsnivå.

3.2 Søkeprosess

Som første del av søkeprosessen har vi utarbeidet en problemstilling som er presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). Søkestrategien har gått ut på å finne bestemte søkeord og kombinasjoner av disse, og gjennomføre søkene i ulike databaser (Thidemann, 2019, s. 85). I flere av databasene vi har brukt, har de egne standardiserte emneordsystemer. Blant annet MeSH og CINAHL subject headings. I søkeprosessen benyttet vi oss av søkeordene som databasen har i sitt emneordsystem (Thidemann, 2019, s. 85). Det ble brukt engelske søkeord som eksempel: *Health Literacy, Migrant, Immigrant, Refugee, Norway, Europe, Discrimination, nurse*. Hvert søk ble gjort med søk av emneord separert og deretter som kombinasjon av søkeordene med AND og OR. Det ble benytte ulike databaser som er relevante i henhold til oppgavens fagområde og problemstilling, og som tilhører fagressursene til Høgskulen på Vestlandet. CINAHL, PubMed og Ovid var databasene som ble benyttet. Vi inkluderte eksklusjon- og inklusjonskriterier for å snevre inn søket og finne relevante forskningsartikler. Nedenfor er hvert søk som er inkludert i oppgaven utformet i en tabell. De relevante artiklene er beskrevet i punkt 4.1.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har skrevet kriteriene for valg av artikler i en tabell.

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problem	Omhandler hvordan immigranter med lavere helsekompetanse som følge av ulike faktorer, og hva sykepleieren kan gjøre for å heve helsekompetansen. Der kunnskap om diskriminering, migrasjonshelse, og kulturell kompetanse står sentralt. Sykepleieren kan ha manglende kunnskap på dette området.	Immigranter med høy helsekompetanse Sykepleierens helsekompetanse
Studiedesign	Alle typer forskningsdesign.	Rapporter, kronikker, kommentarer og andre uttalelser som ikke følger et strengt forskningsdesign.
Informanter	Helsepersonell: uavhengig av kjønn, alder, nasjonalitet, yrkeserfaring, videreutdanning og arbeidsplass. Immigranter: immigrert til Norge og andre land i Europa. Organisatorisk styringssystemer i Norge og Europa. Politikk i Norge og Europa	Ikke autorisert helsepersonell Immigranter som kommer for arbeid /utdanning Immigranter: Som immigrerer til andre land enn nevnt. Organisatorisk styringssystemer: andre land enn nevnt. Politikk: i andre land enn nevnt.
Språk	Norsk, svensk, dansk og engelsk	Artikler på andre språk enn de som er inkludert

3.4 Søketablell

Vi har gjort et grundig arbeid med å lese mange forskningsartikler om temaet. På denne måten fikk vi tilegnet oss mye kunnskap, som vi har bruk når vi har valgt ut forskninger til oppgaven. Vi har valg 4 forskninger på bakgrunn av sammensetningen av funnene, hvor vi

treffer problemstillingen i et bredere spektrum. Vi har dokumentert søkene for de inkluderte artiklene i tabeller. Tabellene inneholder søkene vi har gjort, og hvilke søkeord som er kombinert. Spesifikasjoner som er gjort i søkene er inkludert. Resultatene av hvert enkelt søk ertatt med i tabellene. Omfanget av resultater var med på å avgjøre om vi spesifiserte søkene enda mer. Siste kolonne inneholder forskningsartiklene som vi har inkludert med i bacheloroppgaven. Noen av søk som ikke ble inkludert er dokumentert i vedlegg 1, se vedlegg.

Søk i CINAHL, 01.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert
S1	Health Literacy		9 546	
S2	Immigrant		19 001	
S3	Norway		18 575	
S4	S1 AND S2 AND S3		6	Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo

Søk i CINAHL 28.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert
S1	Discrimination		38 074	
S2	Mental health		168 058	
S3	S1 AND S2		2 755	
S4	Perceived discrimination		1002	
S5	S3 AND S4		217	
S6	S5	>10år, fulltekst	54	
S7	S5	>5år, fulltekst	25	Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors

Søk i PubMed 29.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert
S1	Migrant AND Health literacy	>5år, fulltekst, Språk: norsk, svensk, dansk, engelsk	161	1) Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study 2) Exploring how Syrian women manage their health after migration to Germany: results of a qualitative study

3.5 Kritiske vurderinger

Kildekritikk innebærer å vurdere litteratur på en kritisk måte. Vi har gjort kritiske vurderinger til kildene i oppgaven, for å bygge opp oppgavens faglighet og troverdighet. For å vurdere artiklenes relevans har vi benyttet oss av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016), som støttes opp av Thidemann (2019, s.91). Vi brukte sjekklister rettet mot spesifikke typer forskningsetikker (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene vi har brukt er skrevet på engelsk, og det er mulig at innholdet er tolket annerledes i oversetting, enn forfatterens intensjon. Vi har også valgt å inkludere forskning fra land i Europa, på bakgrunn av at velferdsstatene og helsetilbudene er relativt like Norge.

I oppgaven har vi brukt pensum, forskning, lovverk, retningslinjer, og annen litteratur. Noe av teorien og forskningen vi har benyttet oss av er av eldre slag. Dette er benyttet på bakgrunn av at vi har funnet dette i nyere forskning eller nyere pensumbøker. Vi har derfor henvist til primærkilden. Vi har likevel vurdert om dette er noe som kan ha endret seg med tiden, før vi eventuelt har valgt å bruke det.

To av forskningene vi har valgt å vektlegge i denne oppgaven har kun deltakere som er kvinner. I mange kulturer har kvinner en omsorgsrolle og har ansvaret for både egen og

familiens helse. Vi mener det er høyst relevant å ta med forskninger som beskriver deres helsekompetanse og barriere som forverrer deres helsekompetanse som immigranter. Å få kunnskap om deres utfordringer gir en mulighet til å forbedre deres helsekompetanse. Da vil mest sannsynlig kvinnenens og også familien helse forbedres.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om å benytte samfunnets normer til å kritisk vurdere forskning. Etikken kan gi oss veiledning, og gi grunnlag for handlingen når en står overfor en vanskelig avgjørelse. Forskningen skal vurderes fra start til slutt, og handler om å ivareta personvern å sikre at deltagerne ikke blir påført unødig belastning eller skade (Dalland, 2020, s. 168).

Ved å bruke litteraturstudie som metode innhenter vi oss en stor mengde med ulik informasjon, om forskningen vi har inkludert er tidsriktig og etisk forsvarlig. Vi mener at det ikke er noe som tilsier at de inkluderte artiklene ikke er etisk forsvarlige. Artiklene er godkjent av forskningsetisk komité. Straiton et al. (2019, s. 11) sin forskning trengte derimot ikke godkjenning fra forskningsetisk komité, ettersom informasjonen som ble brukt fra statistisk sentralbyrå (SSB) allerede var anonymisert.

4 Presentasjon av artiklene

4.1 Artikkel 1

«**Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo**» (Gele et al., 2016).

Bakgrunn

Stor helsebelastning ses ofte blant immigranter i Norge, samtidig som de ofte har begrenset tilgang til relevant helseinformasjon. Som ny i landet må de ha kunnskap om helsesystemets oppbygging, for å kunne anvende det og forbedre helsen. I studien undersøkte de somaliske kvinners helsekompetanse i Oslo. Studien undersøker sammenhengen mellom utilstrekkelig helsekompetanse og immigranter.

Metode

Først ble det gjennomført en formativ studie med fem somaliske kvinner for å forstå det sosiale nettverket somaliske kvinner har. Disse kvinnene ble bedt om å rekruttere jevnaldrende somaliske kvinner som var over 25 år og bodde i Oslo og Akershus regionen. Etter flere runder fikk de samlet 302 somaliske kvinner til å delta i studien. Studien innhentet informasjon med intervjuer. De brukte spørreskjemaet «Europeisk Helse», som inneholdt 16 påstander om helsekompetanse. Påstandene tok for seg helsehjelp, sykdomsforebygging og helsefremming.

Resultat

Forskningen viser at 71% av somaliske kvinner i Oslo hadde problematisk eller utilstrekkelig helsekompetanse. De manglet evnen til å få tak i, forstå og handle ut ifra helseinformasjon, tjenester, og ta passende helsebeslutninger. Helsekompetansen var lavest når det gjaldt å forebygge sykdom. Å være arbeidsløs og mindre sosialt integrert er faktorer som førte til utilstrekkelig helsekompetanse blant somaliske kvinner. 1 av 2 hadde tilstrekkelig eller utmerket helsekommunikasjon. Helsekompetansenivået var høyere hos dem som hadde bodd i Norge i mer enn 11 år, sammenlignet med dem som nylig var ankommet. Dette gjaldt også blant dem som var integrert og de som ikke var det.

Konklusjon

Å øke helsekompetansen til immigranter vil mest sannsynlig forbedre helsestatusen deres, og føre til mindre helseforskjeller i Norge. Staten bør derfor fokusere på strategier for å forbedre helsekompetansen til immigranter.

4.2 Artikkel 2

«Exploring how Syrian women manage their health after migration to Germany: results of a qualitative study» (Kikhia et al., 2021).

Bakgrunn

Immigranter benytter helsetjenester mindre, kan ta dårlige valg knyttet til helsen, og oppsøker helsetjenester for sent. Årsakene er varierte, slik som manglende eller lav utdanning, lav inntekt, kunnskapsmangel om helsetilbud, endret sosial rolle, samt språklige og kulturelle barrierer. Studien ser på hvordan syriske kvinner håndterer sin helse etter immigrasjon og hvilke utfordringer de møter med det tyske helsevesenet.

Metode

Studien er kvalitativ og det ble gjort dybde intervjuer av 9 syriske kvinner på arabisk i alderen 18-55 år. Deltakerne har migrert i perioden 2011-2017, og har et variert utdanningsnivå. Fokuset i intervjuene var hvordan en håndterer egen helse, og bruken av det tyske helsevesenet. Spørsmålene tok for seg betydning av sosiale barrierer, og hvordan tilrettelegging hjelper de å håndtere deres helse.

Resultat

Kvinnene rapporterte om at helsen deres var blitt svekket som følge av stressfaktorer etter migrasjon, som opplevd diskriminering, tap av sosial status og rolle, samt bekymringer for fremtiden. Mange hadde lav helsekompetanse når det gjaldt å tilegne og forstå helseinformasjon. Det kom frem at kulturelle barrierer var et problem i helsekommunikasjon. Kvinnene kritiserte helsevesenet for at de ikke ble tatt seriøst, noe som førte til mistillit til helsevesenet. Noen kvinner beskrev derimot forbedrede ressurser for helse, og satte pris på bedre rettigheter for kvinner, som de så på som en kilde til makt.

Konklusjon

Lav helsekompetanse som følge av immigrasjon til Tyskland, påvirker syriske kvinners evne til å håndtere helsen sin. Ved å tilrettelegge informasjon om helsesystemet, fremme helsekompetanse og kulturell kompetanse, kan dette bidra til at syriske kvinner benytter seg av helsetilbudene som tilbys i Tyskland.

4.3 Artikkel 3

«Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study» (Bergman et al., 2021).

Bakgrunn

Immigranter er gjerne assosiert med lav helsekompetanse. For å ha utbytte av helsehjelpen bør den være tilstrekkelig, fornuftig og rimelig. Dessuten uavhengig av kjønn, rase, sosial posisjon og etnisitet. I dag er det helseforskjeller mellom ulike sosiale grupper, ulikhetene øker når individer i samfunnet ikke har tilgang til, eller forstår helseinformasjon. Studien tar

for seg helsekompetanse og digital helsekompetanse blant arabisktalende migranter og svensk- talende i Sverige.

Metode

Studien er utført som en tverrsnittstudie der 681 personer deltok, bestående av to språkgrupper, svensk (51%) og arabisk (49%). Det ble sett på sosiodemografiske faktorer som alder (>18år), kjønn, fødeland, utdanningsnivå, og hvor lenge de arabisk-talende hadde bodd i Sverige. De måtte kunne lese, forstå, og fullføre spørreundersøkelsen på deres morsmål.

Det er benyttet to spørreskjemaer, et om helsekompetanse og et om digital helsekompetanse. I tillegg til spørsmål om egen oppfatning av helse og bruk av internett. Spørreundersøkelsen om helsekompetanse bygger på Sørensen et al. (2012) sin modell.

Resultater: Det kom frem at de med arabisk som morsmål hadde gjennomsnittlig lavere digital helsekompetanse, og mindre tilstrekkelig generell helsekompetanse i forhold til svensk talende. Analyser viste en sammenheng mellom lavere generell og digital helsekompetanse. Deltagerne som hadde bodd lenger i Sverige hadde generelt høyere helsekompetanse.

Konklusjon

Språket hadde mye å si når det gjaldt helsekompetanse, og hadde mindre betydning for den digitale helsekompetansen. Forskjellene mellom svensk talende og arabisk talene var mindre når det gjaldt digital helsekompetanse. Digitale plattformer er derfor en bedre kanal for å gi ut informasjon til arabisk talene, ettersom flere sannsynligvis vil få tak i og forstå informasjonen.

4.4 Artikkel 4

«Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors» (Straiton et al., 2019).

Bakgrunn

Det er kjent at migrasjon kan være en risikofaktor for psykisk helse, og immigranter kan dermed få dårligere helse enn befolkningen i mottakerlandet. Både pre- og postmigrasjonsfaktorer kan bidra til å øke risikoen. Studien tar for seg sammenhengen mellom opplevd diskriminering og helse blant norske immigranter. Målet med studien var å undersøke hvordan diskriminering på bakgrunn av etnisitet påvirker immigranternes fysiske og psykiske helse.

Metode

Studien brukte data fra «Levekår blant innvandrere i Norge 2016» som ble samlet inn av statistisk sentralbyrå. Det var 4294 deltakere i alderen 16-66 år, fra 12 ulike land som inkluderte de største migrasjons gruppene i Norge. Deltakerne ble spurt spørsmål om ulike tema innen fysisk- og psykisk helse, opplevd diskriminering, tilhørighetsfølelse og språklige ferdigheter.

Resultat

27% av deltakerne hadde opplevd diskriminering på bakgrunn av deres immigrant status. De fant ikke en sammenheng mellom opplevd diskriminering og fysisk helse, men analysen viste derimot 1,86% høyere sjans for psykiske problemer. De kom også fram til at tillit, tilhørighet og sosial støtte hadde sammenheng med psykisk helse. De som hadde gode norske ferdigheter, opplevde også mer diskriminering. Immigrant kvinner hadde 64% høyere sannsynlighet for å få dårligere psykisk helse, sammenlignet med menn. Dårlig psykisk helse var å se mest hos deltakerne fra Tyrkia, Irak og Iran, mens deltakerne fra Somalia, Eritrea, Sri-Lanka og Vietnam hadde lavest forekomst.

Konklusjon

Ved integrering av immigranter kan diskriminering reduseres. Det kan forhindre faktorer som kan øke sjansen for psykiske problemer blant immigranter. Dette kan føre til bedre helseutfall og mindre helseforskjeller i Norge. Det er nødvendig å finne nye og bedre metoder for å håndtere diskriminering i samfunnet.

4.5 Oppsummering av funn

Vi inkluderte artikkelen til Gele et al. (2016) fordi den tar for seg hvordan somaliske kvinner manglet ferdigheter knyttet til helsekompetanse. I tillegg møtte kvinnene utfordringer ved immigrasjon til Norge, dette blir belyst som faktorer som påvirket helsekompetansen. Kikhia et al. (2021) kom fram til at immigrant kvinners helse ble nedsatt som følge av post-migrasjons stressfaktorer. Forskningen tar for seg individers egne opplevelser og meninger, som gir dybde til faktorer som påvirker helsekompetansen. Resultatene til Bergman et al. (2021) kom fram til at digitale plattformer var en god kanal for å spre helseinformasjon til arabisktalende, ettersom det er mer tilgjengelig og forståelig. I artikkel 4 kom Straiton et al.

(2019) fram til at diskriminering hang sammen med tillit, tilhørighet og sosial støtte som påvirket helsen. I de andre forskningene kom det frem at disse faktorene påvirket helsekompetansen til immigranter (Gele et al., 2016; Kikhia et al., 2021; Bergman et al., 2021).

5 Drøfting

For å komme fram til et svar på problemstillingen vil vi drøfte utfordringer immigranter har knyttet til migrasjon som påvirker deres helse. Vi ser på hvordan sykepleieren kan heve helsekompetansen til immigranter ved å tilegne seg mer kunnskap om helsekommunikasjon, migrasjonshelse, kulturell kompetanse og diskriminering. Vi skal drøfte funnene i artiklene og annen litteratur opp mot nevnte begreper. Vi tar for oss en frisk persons evne til å «få tak i» og «forstå» helseinformasjon i lys av Sørensen et al. (2012) modell.

5.1 Helsetjenesten

Migrasjonsprosessen i seg selv kan være en risikofaktor for helsen. Det er dermed viktig at sykepleieren tar dette i betraktning for å kunne utøve god sykepleie (Castañeda et al., 2015, s. 376). Når man flytter til et annet land, har en sannsynligvis liten kunnskap om helsesystemet. Dette gir dermed begrenset tilgang til helsetjenester og informasjon, hvor begge deler kan påvirke helsen negativt over tid (Aambø, 2021, s. 127-128). I forskningene til Gele et al. (2016, s. 5) og Bergman et al. (2021, s. 6) kom det fram at 71% og 59% hadde problematisk eller utilstrekkelig helsekompetanse. Tallene varierer i forskningene, men det er tydelig at en stor andel migranter har redusert helsekompetanse. Dette støttes av en tidligere forskning, der man ser sammenheng med lav helsekompetanse blant migranter (Ackermann et al., 2014).

Sykepleiere er den største yrkesgruppen i helsevesenet, der de har stor påvirkningsgrad (Alpers, 2018, s. 26). Sykepleiere har derfor en sentral rolle og kan arbeide for å redusere konsekvenser etter prioriterings- og kompetanseutfordringer i helsetjenesten, samt forbygge og fremme helse. Å redusere ulikheter i helse er blant annet en del helsefremmende arbeid. Gjennom god kommunikasjon kan sykepleieren heve kompetansen til immigranter i å få tak i og forstå helsetjenestene, og dermed bli rustet til å forbedre helse (Tellnes, 2017, s. 18-19). I intervjuene i forskningen til Kikhia et al. (2021, s. 10) rapporterte kvinnene at de møtte en del hindringer når de flyttet til Tyskland. De hadde vansker med å få tilgang til helsetjenestene,

og å kommunisere med helsepersonell. Noen følte det var vanskelig å forstå seg på helsetjenestene, fordi de manglet informasjon om hvordan tjenestene fungerte i landet. De hadde heller ikke kunnskap om hvilke rettigheter eller muligheter de hadde innen helsesystemet. Dette vektlegger viktigheten av god kommunikasjon og helsefremmende arbeid. Utfordringene kvinnene står ovenfor er et godt eksempel på at helsekompetanse er dynamisk, og viser hvordan miljø-determinanter påvirker helsekompetansen, slik som å være immigrant i et fremmed land (Sørensen et al. 2012, s. 9). Dette gjelder derimot ikke bare immigranter, men et hvert individ som befinner seg i et nytt land kan oppleve nedsatt helsekompetanse.

Lite kunnskaper om samfunnsstrukturer og oppbygningen av helsesystemet, samt redusert språkferdigheter, kan medføre utfordringer i å forebygge og ivareta egen og familiens helse (Kikhia et al. 2021, s. 10). Bergmans et al. (2021, s. 4) studie viser at det var størst forskjell mellom arabisktalende og svensktalende når det gjaldt spørsmålet «Finn ut hvor en kan få profesjonell hjelp når en er syk». Dette vektlegger viktigheten av å tilpasse informasjon til immigranter om hvor en kan få tak i nødvendig helsehjelp. I §3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kommer det frem at «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». I møte med immigranter bør derfor en sykepleier ha kulturell kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter for kunne gi likeverdig helsetjeneste og adekvate helseopplysninger (Kumar & Magnus, 2017, s.150). Dette vil gi pasienten mulighet til å få tak i og forstå helseinformasjon, og dermed øke helsekompetansen (Sørensen et al., 2012, s. 9). Bruk av tolketjenester kan være nødvendig, dersom en ikke snakker samme språk.

Det kom fram i Gele et al. (2016, s. 4) at 28% synes det var vanskelig eller veldig vanskelig å forstå informasjon gitt fra legen. I Kikhia et al. (2021, s. 9) kom det frem at ingen av kvinnene hadde hatt profesjonell tolk i forbindelse med helsevesenet. De måtte lete etter leger som snakker deres språk. Det kommer også fram i de andre forskningene at de ikke forsto helseinformasjonen (Gele et al., 2016, s. 5; Bergman et al., 2021, s. 7). Dette kan tyde på at tolketjenester er lite brukt (Helsedirektoratet, 2011, s. 2). De langsiktige gevinstene ved bruk av tolk bør tas i betraktning til tross for at tolk er en stor utgift for samfunnet (Hansen & Løfsnes, 2018, s. 233). Mangel på tolk kan være bakgrunnen for at kvinnene klagde på behandlingen de fikk i Tyskland. De følte at helseproblemene deres ikke ble tatt seriøst, eller at de ikke ble grundig nok undersøkt eller behandlet godt nok av helsepersonellet. Dette ble

ofte regnet som et tegn på forsømmelse, fordommer, eller diskriminering (Kikhia, 2021, s. 8). Immigranter som rapporterte om diskriminering hadde mindre tillit til andre (Straiton et al., 2019, s. 5), som kan være en følge av lite tilpasset behandling.

God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er en essensiell faktor for å skape tillit (Heyn, 2018, s. 18-19). Det tar 5-7 år for å tilegne seg tilstrekkelige nok språkferdigheter for å forstå helseinformasjon (Cummins, 2008, s. 3). Tolkloven (2021, § 1) skal sikre at personer som ikke kommuniserer forsvarlig med offentlige organer uten tolk skal få forsvarlig hjelp og tjeneste. I helsepersonelloven i § 4 (1999) er det nedfelt at sykepleieren skal utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte. Tolkning inngår i tilbudet om likeverdige helsetjenester, dersom pasient og sykepleier ikke snakker samme språk er tolk nødvendig for at sykepleieren kan utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte (Hansen & Løfsnes, 2018, s. 230).

Det er derimot også andre barrierer som kan hindre immigranter i å forstå helseinformasjon. I dagens samfunn har vi en overflod av informasjon, og pasienten har selv mulighet til å finne store mengder helseinformasjon på internett. Kvaliteten på informasjonen er varierende, alt fra forskning til useriøs helseinformasjon (Eide & Eide, 2019, s. 235). I Bergman et al. (2021, s. 10) kom de frem til at språket en snakket ikke hadde så stor betydning for den digitale helsekompetansen. Det digitale helsekompetansenivået var betraktelig høyere blant de arabisk talende, som gjør digitale plattformer ideell for å spre helseinformasjon. Årsaken til at forskjellen er mindre for digital helsekompetanse, enn generell helsekompetanse kan være at det er lettere for immigranter å finne informasjon på deres eget språk, sammenlignet med å finne informasjon fra helsesystemene (Bergman et al., 2021, s. 8). Det er ikke en selvfølge at dette gjelder alle immigranter ettersom forskningen til Bergman et al. (2021) kun tar for seg arabiske immigranter. I tillegg er online helseinformasjon asynkron, og gir pasienten mer kontroll i situasjonen. Informasjonen kan sees eller leses flere ganger, som kan gjøre det enklere å tilegne seg helseinformasjon (Eide & Eide, 2019, s. 285).

På en annen side gir internett og medier en enorm tilgang på helseinformasjon. Dette gir oss fordeler i form av fokus på helse. Samtidig krever dette mer kompetanse innen ferdighetene: få tak i, og forstå helseinformasjon (Sørensen et al., 2012, s. 9). Det er derimot ikke nødvendigvis slik at informasjonen når frem til alle. De som har god helsekompetanse og allerede kan mye, har gjerne utnyttet av informasjonen (Finbråten, 2018, s. 87). Informasjonen har gjerne motstridende budskap, som fører til usikkerhet om hva man skal stole på

(Finbråten, 2018, s. 88). Mer ansvar for egen helse og informasjonsflom kan fungere som to barrierer og påvirker den personlige determinanten, som igjen vil påvirke individets helsekompetanse (Sørensen et al., 2012, s. 9). Personer med lav helsekompetanse vil gjerne ikke få tak i informasjonen og fremdeles ha svake ferdigheter (Gele et al., 2016; Kikhia et al., 2021). Man kan derfor tenke seg at de store mengdene med helseinformasjon kan gi økte helseforskjeller i befolkningen (Finbråten, 2018, s. 88). Digitale medier endrer måten en kommuniserer på, der en kan utfordre relasjonen mellom sykepleier og pasient (Lie, 2019b, s. 746). Det er sentralt at sykepleieren skal fremme pasientens autonomi, og respektere hvert enkelt individs verdier, vurderinger og valg (Zoffman, 2015). Sykepleieren må i større grad vurdere pasientens helsekompetanse, å tilpasse samtalen og behandlingen deretter (Lie, 2019a, s. 7).

5.2 Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon er formidling eller en samtale som omhandler helseinformasjon, og påvirker pasientens ferdigheter innenfor helsekompetanse. Informasjonen må tilpasses mottakerens ferdigheter. Det kommer fram i forskningen til Gele et al. (2016, s. 5) at kun 50% av de somaliske kvinnene hadde problemer med å formidle informasjon om egen helse. Når en immigrant og en sykepleier ikke snakker samme språk byr dette på kommunikative barrierer, og kan føre til dårligere kvalitet på pleien enn hva en samspråklig ville fått (Hansen & Løfsnes, 2018, s. 231). Dersom kommunikasjonen flyter dårlig vil oppmerksomheten bli dratt bort fra målet med behandlingen, og over på kommunikasjon og språk (Holt, 2019, s. 56). Når det foreligger god helsekommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan dette bidra til bedre helse og resultat av behandling (Hansen & Løfsnes, 2018, s. 230). En og samme kommunikative handling kan bety to helt forskjellige ting ut ifra den kulturelle konteksten, og har dermed betydning for om immigrant og sykepleieren forstår hverandre (Holt, 2019, s. 56). På bakgrunn av dette bør sykepleiere bør ha kulturell kompetanse for å kunne godt kommunisere med immigranter. Det vil være sentralt at sykepleieren har et bevisst forhold til både verbal og nonverbal kommunikasjon. Ulike språk kan være svært forskjellige ut ifra hvordan ord og uttrykk bærer informasjon (Holt, 2019, s. 56). Alle mennesker er derimot forskjellige og det er ikke slik at alle i samme samfunn har samme kommunikasjonsstil og kultur, og kan ikke forklare barrieren for kommunikasjon alene (Holt, 2019, s. 57).

Sørensen et al. (2012) sin modell er omfattende og tar for seg sentrale ferdigheter innen helsekompetanse, men kommunikative ferdigheter er derimot ikke tatt med (Finbråten, 2018, s. 89). Likevel kommer det fram i forskningen at språk som en del av den kommunikative ferdigheten er en stor utfordring. I Kikhia et al. (2021, s. 7) kommer det frem at kvinnene så på språk som en stor barriere for optimal ivaretagelse av helse i Tyskland, når de ikke kunne språket følte de seg maktesløse og sårbare. Det ble også påpekt at en stor hindring når de flyttet til Tyskland, var å få tilgang til helsetjenester og kommunisere med helsepersonell (Kikhia et al., 2021, s. 8). I pasient og brukerrettighetsloven (1999) i § 3-2 står det at pasienter skal ha informasjon som er nødvendig for innsikt i helsetilstand og for innholdet i helsehjelpen som mottas. Samtidig skal pasienten også samtykke til helsehjelpen som mottas (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Dersom pasienten skal samtykke vil det være sentralt at pasienten også forstår innholdet i det som blir formidlet. I pasient- og brukerrettighetsloven i §3-5 står det at informasjonen pasienten får “skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, og kultur- og språkbakgrunn” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Pasientens språk og kulturelle særegenheter, sammen med helsekompetanse kan sees på som utfordrende barrierer. Helsepersonellet har derimot også en like sentral rolle der holdninger og manglende kulturellkompetanse kan skape utfordringer (Aambø, 2021, s. 200).

Sykepleierens holdninger kan bære preg av etnosentrisme. Holdninger som dette er ofte basert på kunnskapsmangel, men kan også være ubevisst (Aambø, 2021, 228). I Kikhia et al. (2021, s. 7) kritiserte kvinnene den emosjonelle og kulturelle delen av hjelpen de mottok, der de kritiserte at sykepleieren manglet empati (Kikhia et al., 2021, s. 7). Det er derimot ikke nødvendigvis slik at sykepleierne manglet empati, men på bakgrunn av kulturforskjeller kan sykepleierne oppfattes som usympatiske. På tvers av ulike kulturer er det ikke uvanlig at den nonverbale kommunikasjonen tolkes ulikt, og som sykepleier må man ha kunnskap om at ansiktsmimikk, blikkontakt, kroppsspråk, berøring, stemmebruk, turtaking, og bruk av avstand og personlig rom er alle faktorer som kan benyttes svært ulikt i kulturer (Holt, 2019, s. 59-61).

Dersom sykepleieren har diskriminerende holdninger, kan dette ha store negative konsekvenser for pasienten. Straiton et al. (2019, s. 5) kom fram til at det var en sammenheng mellom opplevd diskriminering og psykisk helse blant immigranter. De syriske kvinnene opplevde fiendtlighet og diskriminering som følge av at de var flyktninger (Kikhia et al.,

2021, s. 6). En sykepleier som er bevisst på egne holdninger og verdier vil være bevisst på egne stereotypier (Alpers, 2018, s. 33). Når en sykepleier møter en minoritetspasient, vil holdninger være selve grunnlaget i den kulturelle kompetansen (Alpers, 2018, 37). Ved å akseptere immigranter som en likeverdig pasient kan de få en følelse av tilhørighet, som var sentralt for den psykiske helsen. Dette hang også sammen med opplevd diskriminering (Straiton et al., 2019, s. 9).

5.3 Sosial støtte

Å flytte til et annet land fører til store psykologiske, sosiale og familiære utfordringer, som krever stor individuell tilpasning. Dette kan resultere i helsekomplikasjoner (Lum & Vanderaa, 2010, s. 750). I forskningslitteraturene kom det fram at sosial støtte påvirker helsekompetansen (Kikhia et al., 2021, s. 6). I forskningene til Gele et al. (2016, s. 5) og Bergman et al. (2021, s. 7) kom det fram at botid i det nye landet, utdanning, og jobb var faktorer som påvirker helsekompetansen. Dette er arenaer hvor en kan skape sosialt nettverk. I møte med pasienter kan sykepleieren kartlegge pasientens behov. Å kartlegge immigranternes sosiale nettverk er nyttig for å kunne gi tilstrekkelig informasjon. Mangel på sosial støtte fører til at informasjon er vanskeligere å få tak i, ettersom en har færre å støtte seg på (Aambø, 2021, s.23).

Kvinnelige immigranter følte at de ikke ble godt nok informert av helsepersonell. Dette førte til at mange utviklet mistillit til behandlingen de mottok (Kikhia et al., 2021, s. 7). Det er sentralt for immigranter at sykepleieren har en støttende og trygg rolle. Tillit er en viktig forutsetning for at pasienter skal kunne medvirke, samarbeide og følge råd og veiledning gitt fra sykepleieren. Gode relasjoner er bygd på tillit (Debsay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 12). På bakgrunn av tillit kan sykepleiere heve helsekompetansen til immigranter. Tillit til sykepleieren kan gjøre at pasienten stoler mer på rådene og veiledningen som blir gitt. Da kan kunnskap, som er en del av kjernen i Sørensen et al. (2012, s. 9) modell, styrkes og dermed heve helsekompetansen. De som hadde tillit til andre rapporterte om mindre diskriminering (Straiton et al., 2019, s. 5).

Diskriminering kan forekomme i subtile former, og den utsatte kan bli usikker på hva som lå bak det som ble sagt (Aambø, 2021, s. 137). Stresset som oppstår når en opplever diskriminering kan på sikt føre til mindreverdighetsfølelse, mistillit og fiendtlighet overfor

andre (Aambø, 2021, s. 137). Opplevd diskriminering påvirker den psykiske helsen mer hos de med lav økonomisk status, lav utdanning, er arbeidsløse, og de med liten tillit til andre (Straiton et al., 2019, s. 5). Dette er områder hvor en kan bygge et sosialt nettverk. Straiton et al. (2019, s. 5) fant ut at mangel på sosial støtte også økte sjansen for psykiske problemer. Som sykepleier kan en informere om hvilke tilbud kommunen gir, for eksempel integreringsprogrammer. Dette kan øke immigranternes sosiale støtte. Sykepleier kan redusere diskriminering som pasienter opplever i møte med helsetjenesten, ved å ha kulturell kompetanse (Aambø, 2021, s. 136). Diskriminering er relevant selv om dette gjerne er en indirekte årsak for helsen. Dårlig psykisk helse er mer utbredt blant immigranter enn den øvrige befolkningen, og kan føre til mange flere helserelaterte utfordringer (Blom, 2008, s. 29). Her ser vi hvordan nesten alle komponentene i modellen til Sørensen et al. (2012, s. 9) påvirker hverandre og hvordan dette gjenspeiler seg i helsekompetansen og migrasjonshelsen.

6 Konklusjon og implikasjoner

Det kommer fram i forskningene at en stor andel av immigrantbefolkningen har lav helsekompetanse som følge av migrasjon. På bakgrunn av dette kan vi si at helsetilbudene ikke er godt nok tilpasset denne gruppen. Per i dag får ikke befolkningen med lav helsekompetanse nytte av det norske helsesystemet, der både helseinformasjon og informasjon om helsesystemene blir utilgjengelige. Systemene er lagt opp til at en skal være selvstendig, der hvert enkelt individ har ansvar for egen helsefremming. Det krever at helsetjenester må tilpasse seg slik at hele befolkningen blir inkludert uavhengig av helsekompetansenivå. Samtidig lever vi i et samfunn der helse- og omsorgstjenestene digitaliseres mer og mer for hver dag. Helseinformasjonen har aldri vært så tilgjengelig og omfattende. Dette krever i enda større grad at individer har evnen til å få tak i, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Sykepleieren må være klar over at de med lav helsekompetanse i mindre grad har tilgang på informasjon. Å tilegne seg mer kunnskap om helsekommunikasjon, migrasjonshelse, kulturell kompetanse og diskriminering vil hjelpe sykepleieren til å gi en likeverdig behandling til denne målgruppen.

Lav helsekompetanse gir implikasjoner for sykepleieren. Sykepleieren må i større grad tilpasse pleien og behandling til hver enkelt pasient. Som følge av det moderne samfunn fører det til større forpliktelser knyttet til egenomsorg, skaffe seg kunnskap og informasjon,

håndtere egen helse og etablere kontakt med helsetjenesten. Tilrettelagt helsekommunikasjon vil ligge til grunne i de fleste tiltak. Dårlige helseutfall på bakgrunn av lav helsekompetanse gir større sosiale ulikheter i samfunnet. Kulturell kompetanse og migrasjonshelse bør med fordel vektlegges under sykepleierutdanningen på bakgrunn av sykepleierens kunnskaper om temaet ofte ikke er tilstrekkelig nok.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått et større innblikk i immigranternes situasjon og hvor viktig det er med kunnskap om dette temaet. Helsekompetanse er en samfunnsutfordring og sykepleierens pasientnære rolle gir muligheten til å heve immigranternes helsekompetanse. På bakgrunn av at immigranter er morgendagens borgere vil det være sentralt at sykepleiere gir pleie og behandling på lik linje med den majoritetsbefolkningen får. Dette vil føre til mindre helseulikheter i landet. Vi håper at oppgaven vil hjelpe andre sykepleiere i møte med immigranter i helsetjenester.

Referanseliste

- Aambø, A. (2021). *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. Cappellen Damm.
- Ackermann R. S., Sakarya, S., & Abel, T. (2014). When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *International journal of public health*, 59(6), 967-974.
- Alpers, L. M. (2018). Sykepleiers kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I J. Debesay & C. Tushudi-Madsen (Red.), *Migrasjons, helse og profesjon* (s. 26-43). Gyldendal.
- Alvsvåg, H. (2018). Helsefremmende og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. Utg., s. 50-70). Fagbokforlaget.
- Amnesty International. (2018). *Diskriminering*. Amnesty International.
<https://amnesty.no/diskriminering>
- Bergman, L., Nilsson, U., Dahlberg, K., Jaensson, M., & Wångdahl, J. (2021). Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12187-5>
- Berkman, N. D., Davis, T. C. & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. *Journal of health communication*, 15(2), 9-19.
- Blom. (2008, 11. september). *Innvandrerens helse 2005/2006* (2008/35). Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200835/rapp_200835.pdf
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375–392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>

Cummins, J. (2008). BICS and CALP: Empirical and theoretical status of the distinction. *ResearchGate*. [10.1007/978-0-387-30424-3_36](https://doi.org/10.1007/978-0-387-30424-3_36)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.). Gyldendal.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg.). Gyldendal.

Debsay, J. & Tschudi-Madsen, C. (2018). Migrasjons betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 11-25). Gyldendal.

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. Utg.). Gyldendal.

Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmede sykepleie – I teori og praksis* (2. Utg., s. 86-110). Fagbokforlaget.

Flyktningshjelpen. (2021). *Global statistikk over mennesker på flykt: Flyktningsregnskapet 2021*. Flyktningshjelpen.

<https://www.flyktningshjelpen.no/global/statistikk/statistikk/#static-main-table>

FN. (2021). *Flyktninger*. FN. <https://www.fn.no/tema/flyktninger/flyktninger>

FN. (2022). *FNs bærekraftsmål*. FN. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

Folkehelseinstituttet. (20.12.2017). *Hva er migrasjonshelse?* FHI.

<https://www.fhi.no/hn/migrasjonshelse/hva-er-migrasjonshelse/>

- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134–1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Goth, U. S. (2014). Migrasjonshelse. I U. S. Goth & J. Berg (Red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (s. 91-112). Gyldendal.
- Hansen, J. P. B. & Løfsnes, H. M. (2018). Kommunikasjon ved hjelp av tolk: Et ledd i å tilby likeverdig og faglig forsvarlig sykepleie. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 230-255). Gyldendal.
- Hasenfeld, Y. (2010). Worker–client relations. *Human services as complex organizations*, 2, 405-425
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, mai). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. Hentet 31.03.2022. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (IS19-24). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-ogomsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44dba9c06ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-ogomsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44dba9c06ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf)

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13- 31). Gyldendal.
- Holt, K. (2019). *Kultur, migrasjon og traumer: Hva trenger hjelperen for å bidra til god psykisk helse og livskvalitet?* Gyldendal.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi: i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal.
- Jensen, P. & Ullberg, I. (2019). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. Utg.). Gyldendal.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health promotion international*, 28(4), 490-501.
- Kikhia, S., Gharib, G., Sauter, A., Vincens, N. C. L., & Loss, J. (2021). Exploring how Syrian women manage their health after migration to Germany: results of a qualitative study. *BMC Women's Health*, 21(1), 50–50. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01193-9>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., 1. bind., s. 89-138). Gyldendal.
- Kumar, B. N. & Magnus, J. H. (2017). Migrasjon og helse. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling – natur og kultur som folkehelse* (s. 146-157). Fagbokforlaget.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S. & Guttersrud, Ø. (2021, januar). *Befolkningens helsekompetanse, del I* (IS-2959). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens->

[helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf](#)

- Lie, S. S. (2019a). Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient. *Sykepleien*, 107(78902), 1-11. [10.4220/Sykepleiens.2019.78902](#)
- Lie, S. S., Karlsen, B., Graue, M., & Oftedal, B. (2019b). The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient–nurse relationship: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 741–749. <https://doi.org/10.1111/scs.12671>
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud om diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-06-16-51>
- Lum, T. Y. & Vanderaa, J. P. (2010). Health disparities among immigrant and non-immigrant elders: The association of acculturation and education. *Journal of immigrant and minority health*, 12(5), 743-753. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9225-4>
- Magelssen, R. (2012). Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon og helse. *En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst*. Nordberg Trykk.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. (2. Utg.). Akribe
- Medina, P., Maia, A. C., & Costa, A. (2022). Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care. *Frontiers in Public Health*, 9(798222), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.798222>
- Meld. St. Nr. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?ch=1>

- Meld. St. Nr. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. Nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – på rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Meld. St. Nr. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen – god helse – felles ansvar. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Moreira, L. (2018). Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?. *OECD Health Working Papers*, (107), OECD. <https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*. 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J. & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family practice*, 23(3), 325-348.
- Schiefloe, P. M. (2019). *Mennesker og samfunn: innføring i sosiologisk forståelse*. Fagbokforlaget.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- SSB. (2022, 17. mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Folketilvekst, etter landbakgrunn (verdensdel) 2011-2020 (10518)*. SSB.
<https://www.ssb.no/statbank/table/10518/tableViewLayout1/>
- Straiton, M. L., Aambø, A. K., & Johansen, R. (2019). Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health*, 19(1), 325–325. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6649-9>
- Tellnes, G. (2017). Hvorfor helsefremmende samhandling?. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling* (s. 14-25). Fagbokforlaget.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tolkloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk (LOV-2021-06-11-79)*. Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2021-06-11-79>
- Tuv, N. & Hjemås, G. (2020, 23. mars). Så mye helsepersonell «reserve». SSB.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sa-mye-helsepersonell-har-vi-i-reserve>
- UN. (2016). *244 million international migrants living abroad worldwide*. UN.
<https://www.un.org/development/desa/en/news/population/internationalmigrants.html>
- Utenriksdepartementet. (2021, 6. mai). Internasjonale menneskerettighetssystemer og – konvensjoner. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/menneskerettigheter/ny-struktur/internasjonale-menneskerettighetssystemer/id2008675/>
- White, S. (2008). *Assessing the Nation's Health Literacy. Key concepts and finding of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*. National Center for education statistic. American Medical Association Foundation

Zoffmann, V. Hörnsten, Å., Storbækken, S., Graue, M., Rasmussen, B., Wahl, A. & Kirkevold, M. (2015). Translating person-centered care into practice: A comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided self-determination. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 400–407.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.015>

Vedlegg

Vedlegg 1

Søk i Ovid Medline 07.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert	Navn på ekskludert forskning
S1	Health care reform AND Norway		121	0	First-line nurse managers' challenges at the crossroads of norwegian health care reforms

Søk i CINAHL 08.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert	Navn på ekskludert forskning
S1	Health Literacy AND nurs		353	0	Improving Health literacy at the organizational level

Søk i CINAHL 09.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert	Navn på ekskludert forskning
S1	Health literacy AND migrant		112	0	Refugee and Migrant Health Literacy Interventions in High-Income Countries: A Systematic Review.

Søk i CINAHL 09.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert	Navn på ekskludert forskning
S1	Health literacy AND migrant		112	0	Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review (2019)

Søk i CINAHL 09.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert	Navn på ekskludert forskning

S1	Health literacy AND nurses role		1773	0	Effective approaches to health promotion in nursing practice
----	---------------------------------	--	------	---	--

Søk i CINAHL 28.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert	Navn på ekskludert forskning
S1	Health literacy AND immigrant		247	0	Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review

Søk I PubMed 29.03.2022

Søk nummer	Søkeord	Spesifikasjoner i databasen	Resultater	Inkludert	Navn på ekskludert forskning
S1	Migrant AND Health literacy	<5år, fulltekst, Norsk, engelsk, svensk, dansk	161	0	1) Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care 2) Use of health care services among Syrian refugees migrating to Norway: a prospective longitudinal study